**Załącznik nr 2. Opis przedmiotu zamówienia.**

**Zadanie nr 1. Walizka medyczna reanimacyjna – 1 szt.**

Producent / Firma:

Urządzenie typ:

Rok produkcji: 2011

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(Wypełnia Wykonawca)** |
| 1. | Aluminiowa walizka medyczna o wymiarach: 53 x 37 x 19 cm. | TAK |  |
| 2. | Zabezpieczenie wyposażenia przed uszkodzeniami mechanicznymi i klimatycznymi:  - wykonana z blachy aluminiowej lakierowanej,  - wzmocnione narożniki. | TAK |  |
| 3. | Uniemożliwienie przemieszczania się wyposażenia podczas transportu:  - wewnętrzne przegrody,  - taśmy mocujące. | TAK |  |
| 4. | Chromowe zamki, uchwyt, narożniki, oznaczenia i symbole zewnętrzne w kolorach odblaskowych. | TAK |  |
| 5. | Wkładki poliestrowe o stałym podziale zabezpieczone uchylną listwą poliwęglową, gumowe taśmy mocujące wyposażenie i listwy ambulatorium na 110 ampułek. | TAK |  |
| 6. | Czas reakcji serwisu 24 godz.  Wymagane dokumenty:  1) Deklaracja zgodności CE  2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe  3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany | TAK |  |
| 7. | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą. | TAK |  |
| 8. | Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK |  |

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): ……………………………………………..

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): ……………………………………………..

Podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………….

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

Treść oświadczenia wykonawcy:

* + 1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
    2. Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

………………………………………….

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

Do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 2. Kapnometr – 1 szt.**

Producent / Firma:

Urządzenie typ:

Rok produkcji: 2011

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(Wypełnia Wykonawca)** |
| 1. | Pomiar ETCO2 w strumieniu głównym | TAK |  |
| 2. | Możliwość podłączenia do rurki intubacyjnej, worka resuscytacyjnego, przewodu pacjenta. | TAK |  |
| 3. | Temperatura pracy -5 do + 40 | TAK |  |
| 4. | Rozmiar ok. 52x39x39 mm | TAK |  |
| 5. | Ciężar 60 g | TAK |  |
| 6. | Wyświetlacz numeryczny LED | TAK |  |
| 7. | Alarmy przekroczenia progów wysokiego i niskiego poziomu ETCO2 | TAK |  |
| 8. | Zasilanie: bateryjne | TAK |  |
| 9. | Certyfikat zgodności z dyrektywą 93/43 EEC | TAK |  |
| 10. | Odporny na uderzenia | TAK |  |
| 11. | Przygotowany do transportu w ambulansie - zgodność z normą EN-1789 | TAK |  |
| 12. | Komplet złączek (25 szt.) | TAK |  |
| 13. | Etui do kapnometru | TAK |  |
| 14. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
| 15. | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat | TAK |  |
| 16. | Czas reakcji serwisu 24 godz. | TAK |  |
| 17. | Rok produkcji 2011 | TAK |  |
| 18. | Instrukcja obsługi w jęz. polskim wraz z dostawą | TAK |  |
| 19. | Wymagane dokumenty:  1) Deklaracja zgodności CE  2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe  3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany | TAK |  |
| 20. | Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK |  |

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): …………………………………………………………

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): …………………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………………..

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

Treść oświadczenia wykonawcy:

* 1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
  2. Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

………………………………………….

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 3. Aparat EKG – 1 szt.**

Producent / Firma:

Urządzenie typ:

Rok produkcji: 2011

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(Wypełnia Wykonawca)** |
| 1. | Aparat 12-kanałowy. | TAK |  |
| 2. | Kolorowy ekran graficzny-dotykowy LCD z możliwością podglądu 12 dowolnych odprowadzeni (oraz informacjami tekstowymi o parametrach zapisu i wydruku oraz kontakcie każdej elektrody ze skórą). | TAK |  |
| 3. | Wymiar ekranu 5,7’’; 120 x 89 mm. | TAK |  |
| 4. | Rozdzielczość ekranu (punkty 320 x 240). | TAK |  |
| 5. | Klawiatura kombinowana alfanumeryczna i funkcyjna – ekran dotykowy. | TAK |  |
| 6. | Kontrola kontaktu każdej elektrody ze skórą. | TAK |  |
| 7. | Zasilanie sieciowo – akumulatorowe. | TAK |  |
| 8. | Waga 5,7 kg (z wbudowanym akumulatorem). | TAK |  |
| 9. | Zasilanie 115 V/230 V, 50-60 Hz. | TAK |  |
| 10. | Szerokość papieru 210 mm. | TAK |  |
| 11. | Rodzaj papieru: rolka, składany, faksowy. | TAK |  |
| 12. | Prędkość przesuwu papieru (mm/s) 5; 10; 25; 50. | TAK |  |
| 13. | Rejestracja jednoczasowa sygnału EKG z 12 odprowadzeń wg Einthovena, Goldberga, Wilsona. | TAK |  |
| 14. | Ilość drukowanych odprowadzeni: 3, 4, 6, 12, 2x6 + 1; 4x3 + 2. | TAK |  |
| 15. | Rejestracja w trybie automatycznym: czas rzeczywisty, czas synchro. | TAK |  |
| 16. | Detekcja kardiostymulatorów. | TAK |  |
| 17. | Czułość (mm/mV): 2,5; 5; 10; 20. | TAK |  |
| 18. | Filtr zakłóceń sieciowych (Hz) 50 – 60. | TAK |  |
| 19. | Filtr zakłóceń mięśniowych (Hz) 25; 35. | TAK |  |
| 20. | Filtr izolinii (Hz): 0,125(1,5s); 0,25(0,6s); 0,5(0,3s); 1,5(0,1s). | TAK |  |
| 21. | Filtr autoadaptacyjny. | TAK |  |
| 22. | Sygnał dźwiękowy tętna. | TAK |  |
| 23. | Baza danych minimum 120 zapisów EKG w pamięci aparatu. | TAK |  |
| 24. | Profil automatyczny. | TAK |  |
| 25. | Profil manualny. | TAK |  |
| 26. | Nieograniczona liczba profili użytkownika. | TAK |  |
| 27. | Tryb LONG (do wykrywania arytmii). | TAK |  |
| 28. | Możliwość podglądu zapisów EKG bez drukowania z pamięci aparatu. | TAK |  |
| 29. | Możliwość wykonania kopii z pamięci aparatu. | TAK |  |
| 30. | Możliwość wpisania do wydruku danych pacjenta. | TAK |  |
| 31. | Możliwość wpisania do wydruku danych lekarza lub ośrodka zdrowia. | TAK |  |
| 32. | Możliwość rozbudowy o analizę i interpretację (analiza liczbowa, interpretacja słowna, uśrednienie krzywych EKG, 10 sek. tętna). | TAK |  |
| 33. | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do komputerowego EKG. | TAK |  |
| 34. | Możliwość rozbudowy o zestaw do prowadzenia prób wysiłkowych. | TAK |  |
| 35. | Możliwość rozbudowy o moduł spirometryczny do 49 parametrów. | TAK |  |
| 36. | Możliwość wydruku bezpośrednio na drukarce laserowej. | TAK |  |
| 37. | Transmisja zapisów EKG do komputera przez telefon komórkowy. | TAK |  |
| 38. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
| 39. | Certyfikat CE i Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych. | TAK |  |
| 40. | Autoryzacja od producenta na dystrybucje i serwis urządzeń na terenie Polski | TAK |  |
| 41. | Wymagane dokumenty:  1) Deklaracja zgodności CE  2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe  3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany | TAK |  |
| 42. | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą. | TAK |  |
| 43. | Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK |  |

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): …………………………………………………………

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): …………………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: ……………………………………………………………………….

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

Treść oświadczenia wykonawcy:

* 1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
  2. Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

………………………………………….

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 4. Urządzenie do ogrzewania pacjenta-1 szt.**

Producent / Firma:

Urządzenie typ:

Rok produkcji: 2011

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | | **Parametr oferowany**  **(Wypełnia Wykonawca)** | |
|  | Urządzenie ogrzewające pacjenta ciepłym powietrzem. | TAK | |  | |
|  | Min. 4 zakresy temperatury:  - temp. otoczenia  - 32°C  - 38°C  - 43°C | TAK | |  | |
|  | Podstawa jezdna do aparatu (wózek + koszyk na koce, 2 koła z blokadą). | | TAK | |  |
|  | Możliwość zamocowania aparatu na zwykłym stojaku do kroplówek oraz łóżku pacjenta. | | TAK | |  |
|  | Urządzenie łatwe do przenoszenia: uchwyt, ciężar max 6 kg. | | TAK | |  |
|  | Wymiary: max 30cm x max 35cm x max 40cm. | | TAK | |  |
|  | Giętki, łatwy do przemycia i dezynfekcji przewód grzewczy, łączący urządzenie z kocem. | | TAK | |  |
|  | Zaczep na przewód grzewczy chroniący go przed zaginaniem. | | TAK | |  |
|  | Długość przewodu grzewczego min 1,8 m, długość przewodu zasilającego min 4,0 m. | | TAK | |  |
|  | Duża wydajność - szybkie osiągnięcie zakresów przy przepływie powietrza: max. 1400 l/min. | | TAK | |  |
|  | Antywirusowy i antybakteryjny filtr powietrza o wysokiej skuteczności filtracji HEPA. | | TAK | |  |
|  | Podwójny układ zabezpieczający przed przegrzaniem z alarmem dźwiękowym i wizualnym | | TAK | |  |
|  | Wbudowany licznik przepracowanych godzin automatycznie informujący (wizualnie lub dźwiękowo) o konieczności dokonania przeglądu urządzenia. | | TAK | |  |
|  | Poziom hałasu: max. 50 dB | | TAK | |  |
|  | Zasilanie 230 V, 50/60 Hz | | TAK | |  |
|  | Koce wykonane z tkaniny nie zawierającej lateksu. Materiał radioprzezierny, bez konieczności usuwania koca z ciała pacjenta przy wykonywaniu badań obrazowych Rtg. Materiał perforowany umożliwiający równomierny przepływ powietrza. | | TAK | |  |
|  | Dostępne koce ogrzewające pacjenta min. w 5 rozmiarach, dostosowane do różnego rodzaju potrzeb (koce na dolną część ciała; koce na górną część ciała; koce na całe ciało; koce pediatryczne; koce pod pacjenta) | | TAK | |  |
|  | Dostępne koce specjalne, posiadające dodatkowe właściwości termoizolacyjne, utrzymujące ciepło pacjenta również po odłączeniu urządzenia ogrzewającego. | | TAK | |  |
| **II. Dodatkowe wyposażenie** | | | | | |
|  | Jednorazowe koce ogrzewające dla dorosłych (dotyczy 1szt. urządzenia):  - koc na całe ciało (wymiar min. 230x120cm) - 2 szt. | | TAK | |  |
| **III. Inne wymogi:** | | | | | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą. | | TAK | |  |
|  | Wymagane dokumenty: Deklaracja zgodności CE, Ulotki informacyjne + karty katalogowe, Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany | | TAK | |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące. | | TAK | |  |

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): …………………………………………………

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): …………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………..

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

Treść oświadczenia wykonawcy:

* + 1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
    2. Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

………………………………………….

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 5. Pulsoksymetr stacjonarno - przenośny 1 szt.**

Producent / Firma:

Urządzenie typ:

Rok produkcji: 2011

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(Wypełnia Wykonawca)** |
| 1. | Aparat stacjonarno-transportowy przeznaczony do monitorowania saturacji krwi i częstości pulsu u dorosłych dzieci i noworodków | TAK |  |
| 2. | Zintegrowany uchwyt do bezpiecznego przenoszenia sprzętu | TAK |  |
| 3. | Zasilanie bateryjne min. 4 godz. ciągłego monitorowania | TAK |  |
| 4. | Zasilanie AC 240 VAC, 50/60 Hz , 20VA, | TAK |  |
| 5. | Zakres pomiarowy częstości pulsu co najmniej od 40 do 240 P/min | TAK |  |
| 6. | Aparat wyposażony w ekran do prezentacji krzywej pletyzmograficznej, komunikatów menu i trendów o przekątnej | Co najmniej 3” |  |
| 7. | Prezentacja wartości zmierzonych parametrów na wyświetlaczach LED | TAK |  |
| 8. | Całkowita waga aparatu max . do 3.5 kg | TAK |  |
| 9. | Dźwiękowa i wizualna sygnalizacja optyczna stanu alarmowego. | TAK |  |
| 10. | Trzy poziomy ważności alarmów, realizowane w zależności od stanu pacjenta (alarm wysokiego priorytetu, średniego priorytetu, niskiego priorytetu) | TAK |  |
| 11. | Regulacja głośności alarmów | Co najmniej 5 stopni regulacji głośności |  |
| 12. | Dostarczenie oprogramowania umożliwiającego transmisję i archiwizację danych z pulsoksymetru do komputera | TAK |  |
| 13. | Aparat wyposażony w złącze do podłączenia do systemu przywoławczego | TAK |  |
| 14. | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim (menu wyświetlane na ekranie w języku polskim) | TAK |  |
| 15. | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą. | TAK |  |
| 16. | W ofercie z aparatem: przewód połączeniowy do czujników SpO2; czujnik SpO2 na palec dla dorosłych i dzieci | TAK |  |
|  | Wymagane dokumenty:  1) Deklaracja zgodności CE  2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe  3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany | TAK |  |
| 17. | Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK |  |

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): ……………………………………………….

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): ……………………………………………….

Podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

………………………………………….

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy